

# Questionario relativo allo stato di salute per l'assunzione alle dipendenze di AMB, Azienda Multiservizi Bellinzona

Il rapporto di fiducia che AMB desidera costruire con ogni dipendente comincia al momento dell'assunzione. In questo senso la presente autocertificazione (compilata dal candidato) ha lo scopo di rendere attento il datore di lavoro su eventuali ostacoli legati alla salute del/della candidato/a che potrebbero influenzare lo svolgimento corretto del proprio lavoro.

Qualora la persona firmataria sottaccia una malattia esistente o una malattia precedente soggetta a ricadute, oppure di essere al beneficio o aver fatto richiesta di prestazioni (rendita o provvedimenti professionali) da parte dell'assicurazione invalidità, assicurazione militare, assicurazione infortuni o cassa pensione, essa si rende colpevole di reticenza e AMB è liberata da ogni obbligo nei suoi confronti.

**Una falsa dichiarazione può giustificare, l'annullamento dell'assunzione, della nomina o del cambio di funzione.**

**Tutte le informazioni che figurano nel questionario vengono trattate in modo strettamente confidenziale.**

*Si prega di compilare il formulario in stampatello*

Concorso	
Per la funzione di	.....

Generalità	
Nome	.....
Cognome	.....
Indirizzo	.....
Cap e località	.....
Stato civile	.....
Professione attuale	.....
Data di nascita	.....
Telefono	.....
Email	.....

1. Attualmente è affetto/a o è stato/a affetto/a negli ultimi 10 anni da uno o più disturbi della salute come da elenco sottostante oppure soffre delle conseguenze di un infortunio, di una malattia o di un vizio congenito?  Sì  No

2. È al beneficio o ha fatto richiesta di prestazioni (rendita o provvedimenti professionali) da parte dell'assicurazione invalidità, assicurazione militare, assicurazione infortuni o cassa pensione?  Sì  No

In caso di risposta affermativa:

Svolge altre attività lavorative?  Sì  No

In che percentuale? .....

Presso quale datore di lavoro? .....

In che ambito? .....

**Elenco dei disturbi alla salute che richiedono una risposta affermativa alla domanda 1:**

(N.B.: **non** sottolineare la patologia di cui si è affetti o stati affetti)

- Artrosi o altri problemi alle articolazioni, disturbi della colonna vertebrale, ernia del disco, sciatica, reumatismi, gotta, eventuali altri problemi rilevanti all'apparato locomotorio
- Pressione arteriosa alta nonostante l'assunzione di terapia medicamentosa, affezioni venose o arteriose, problemi cardiaci (malattia coronarica, infarto, difetto di valvole, altro)
- Emicrania severa, epilessia, paralisi o altra malattia neurologica grave, sclerosi multipla, colpo apoplettico (ictus), diminuzione della vista e dell'udito non interamente corretta
- Disturbi o malattie psichiche (depressione, ansia, fobie, schizofrenia, altro)
- Diabete mellito, disturbi alla tiroide o altre ghiandole
- Malattie infettive con decorso prolungato (per esempio: epatite cronica, AIDS, tubercolosi)
- Malattie croniche del sangue o del sistema linfatico, cancro
- Malattie croniche dei reni, insufficienza renale
- Malattie croniche delle vie respiratorie (asma, broncopatia cronica ostruttiva, enfisema, altro)
- Malattie croniche dell'apparato digestivo (colite ulcerosa, M. di Crohn, malattie croniche del fegato o del pancreas, altro)
- Alcoolismo o altre tossicomanie (droghe, medicinali)
- Eventuali altre malattie con decorso prolungato o cronico

Dichiaro di aver risposto sinceramente alle domande e di non aver sottaciuto nulla.

Luogo e data

Firma

.....

.....